

Trabajo Fin de Grado

Título del trabajo : Incontinencia mixta como factor relevante en el desarrollo de lesiones por presión.

Autor/es

Miguel Seral Cortés

Director/es

Profesora Carlota Rodrigo Luna

Escuela Universitaria Ciencias de la Salud

2012

INDICE

1	INTRODUCCION.....	3
2	OBJETIVOS.....	8
3	METODOLOGIA.....	9
4	DESARROLLO.....	10
5	CONCLUSION.....	14
6	BIBLIOGRAFIA.....	15
7	ANEXOS.....	19

1. INTRODUCCION

El estudio sobre la incontinencia mixta como factor relevante en el desarrollo de lesiones por presión se ha realizado en un grupo de pacientes, mujeres y hombres que presentan incontinencia mixta por diferentes causas.

Incontinencia mixta o doble incontinencia, hace referencia a la presencia en un mismo individuo de ambos tipos de incontinencia (urinaria y fecal) en cualquiera de sus presentaciones.

Se define incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente, producida en un momento y lugar no adecuados, y que provoca en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.(1)

Incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida del gas y las heces por el ano, se caracteriza por la evacuación involuntaria de las mismas debido a un cambio en los hábitos normales de eliminación. El impacto en la vida personal en relación con este trastorno es profundo, ya que muchos pacientes se alejan del contacto social(2)

En la literatura científica al uso, existen pocos datos que hablen de la problemática específica de la incontinencia mixta. Se estima que la IF afecta aproximadamente al 2% de la población adulta. Otro dato obtenido es que el 0,7% de personas que padece una IF les incapacita, afectando en gran medida a su calidad de vida.

Distintos autores estiman que la IF puede llegar a originar riesgos para la integridad de la piel aún mayores que la IU, potenciándose cuando se trata de la incontinencia mixta. (Anexo I y II cuadros de incontinencia en España).

La incontinencia, ya sea urinaria, fecal o una combinación de las anteriores, se ha relacionado tradicionalmente con las lesiones por presión (LPP). Tanto es así, que la mayoría de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar

UPP (EVRUPP) incluyen la incontinencia o la humedad de la piel como un factor de riesgo a tener en cuenta. No obstante, y gracias al avance en el conocimiento en la etiología de las lesiones por presión y por incontinencia, la relación entre estos dos problemas se está convirtiendo en un tema controvertido y de intenso debate entre los expertos en curación de heridas.

La incontinencia es un factor relevante en el desarrollo de una lesión por presión. La piel de la persona incontinente se vuelve vulnerable debido a la humedad y/o a la irritación química que la orina, el sudor o las heces provocan. Esto, puede alterar la barrera protectora de la piel, haciéndola más frágil y aumentando la probabilidad de que se rompa.

Existen una serie de elementos que favorecen la aparición de una lesión. En primer lugar aparece en la piel un proceso inflamatorio, con aumento de la permeabilidad cutánea llegando a producir enrojecimiento, degradación del tejido, picor y dolor. También se produce una alcalinización cutánea, el pH de la piel garantiza la existencia de un manto ácido que puede modificar las condiciones en las que crecen las bacterias saprofitas, alterando el equilibrio con la flora normal. Además la alteración de la capa lipídica por el exceso de humedad puede aumentar el coeficiente de fricción, haciendo que la piel se pueda agrietar. Esto, unido al lavado frecuente de la piel del paciente con incontinencia, puede afectar a la función de barrera protectora de la piel al eliminarse lípidos de la piel y acelerarse la pérdida de agua epidérmica. Finalmente la actuación de las fuerzas externas provoca que presiones mantenidas, aunque éstas no sean excesivas, provoquen un proceso isquémico local con la consiguiente lesión y/o necrosis. Así mismo, las fuerzas de fricción y cizalla provocan un mecanismo similar a la presión con lesión de los tejidos, fundamentalmente en la zona interglútea.(1)

La causa más evidente para la formación de una lesión por presión es la presencia en la zona perineal de humedad por incontinencia u otras causas. También la fricción y zonas de presión. Existen lesiones en pliegues cutáneos en pacientes obesos debido a una combinación de fricción, presión y humedad. Simultáneamente podría ser tanto una úlcera por presión como una lesión por incontinencia (3) .

La localización generalmente se da sobre una prominencia ósea con zona de presión, más acentuada en pacientes con pérdida de peso.(4) Es posible desarrollar una UPP en lugares donde el tejido blando se puede comprimir (catéter urinario) . La lesión tiene bordes claramente distinguibles. Los bordes levantados y engrosados son de lesiones antiguas. Bordes dentados significativos de lesión expuesta a humedad mas fricción. El color de la lesión no pasa desapercibido. En una lesión común se produce en la primera fase un enrojecimiento de la zona de presión que no palidece al ser presionada(5)(método del dedo). Si aparece tejido de color rojo en el lecho de la herida: UPP de estadio II con tejido de granulación. Si por el contrario encontramos esfacelos de color amarillo en el lecho de la herida: UPP estadio III. Si se da el caso de encontrar tejido necrótico negro en el lecho de la herida: UPP estadio III o IV. La profundidad de la lesión es variable, puede haber tanto pérdida parcial (UPP estadio II) como pérdida total (UPP estadio III o IV). La forma se limita a heridas circulares o con una forma regular.(1)

Se distinguen diferentes grupos de personas con riesgo alto de padecer incontinencia en función de la edad, género y otros factores relacionados.

Ancianos: como son reducción de la capacidad de la vejiga para almacenar la orina. Incremento del volumen de orina residual, incremento del tamaño prostático en el varón (6) entre otros son factores de riesgo que favorecen la aparición de lesiones por presión.

Las mujeres con mayor prevalencia de incontinencia y un aumento de la misma con la edad, la menopausia y el número de partos.

La obesidad ha sido reconocida recientemente como un factor de riesgo para la incontinencia urinaria, especialmente en mujeres. Esta enfermedad tiene la posibilidad de producir otros riesgos para la vulnerabilidad de la piel debido a la formación de pliegues, etc.

La enuresis es un factor predominante en la edad infanto-juvenil, un número importante de personas (en torno al 1% de la población) la sigue desarrollando en edad adulta.

Cualquier patología que intervenga sobre procesos neurológicos puede inducir a la incontinencia ya que orinar es un acto voluntario y consciente que se consigue gracias al control que ejercen los centros superiores sobre el reflejo miccional.(7)

Para concluir cabe nombrar otro grupo de personas con problemas de movilidad o restricciones físicas o sensoriales también pueden afectar a la continencia urinaria. Bajos niveles de albúmina pueden provocar un edema intersticial que comprometen la curación de heridas y el aporte de nutrientes a la piel. La incontinencia fecal, sumada a la urinaria, puede provocar mayores riesgos para la integridad cutánea.

La piel del anciano es cualitativamente diferente a la piel del adulto más joven, por lo cual los ancianos presentan un alto riesgo de padecer daños en la piel (8). Existen diferencias significativas como son la epidermis presenta una disminución del grosor potenciando su fragilidad. Características representativas de este grupo de edad son mayor permeabilidad, lo que permite el paso de la humedad exterior y aumenta la fricción, mayor sequedad por reducción de la cantidad y calidad del sudor y del manto ácido graso, alteración en la pigmentación cutánea por alteraciones en la melanina, fragilidad capilar, disminución del flujo sanguíneo, alteración de la termorregulación y el deterioro de la red nerviosa, pérdidas en las alteraciones mecánicas de la piel (elasticidad y recuperación).Modificaciones en la unión dermoepidérmica (membrana basal de la dermis) favoreciendo que traumatismos mínimos produzcan hematomas subepidérmicos y cambios y modificaciones en los anejos cutáneos. En el mayor, los cuidados de la piel deben de extremarse por las peculiaridades que se derivan de las modificaciones estructurales y funcionales fruto del paso del tiempo. (1)

El índice de lesiones por presión es el indicador de calidad más representativo de los cuidados de enfermería. Según Hibbs (9) "el 95% de las LPP pueden evitarse". Siguiendo esta premisa, el objetivo fundamental de la enfermería en relación a las lesiones por presión ha de ser la prevención de dichas lesiones. (10)

Con los cuidados aplicados por el personal de enfermería se debe conseguir que no se desarrollen úlceras por presión, sin olvidar que las medidas preventivas se deben continuar en el caso de desarrollar una lesión, para evitar que progrese a estadios superiores.(11)

2. OBJETIVOS

1. Elaborar un proceso de atención de enfermería y un plan de cuidados dirigido a disminuir el riesgo de lesiones por presión en pacientes con incontinencia mixta.

3. METODOLOGIA

3.1 Diseño del estudio. Se ha aplicado un diseño de carácter descriptivo. Es una revisión bibliográfica de la incontinencia como factor relevante en la aparición de lesiones por presión.

3.2 Estrategias de búsqueda. Se ha consultado bibliografía científica publicada en bases de datos de internet como Scielo y Medline ; revistas científicas (Gerokomos) y mediante buscadores como Google académico y Fistera. Se han revisado páginas web como Gneapp que ofrecen recursos sobre guías de práctica clínica, protocolos de actuación, artículos científicos y documentos técnicos sobre lesiones por presión e incontinencia mixta.

Las palabras clave para definir la búsqueda bibliográfica han sido "ulcera" "incontinencia" "prevención" "lesión por presión". Criterios de inclusión y exclusión: se han seleccionado estudios en castellano publicados por sociedades profesionales que proporcionan una evidencia científica sobre diversos aspectos relacionados con la incontinencia como factor relevante en la aparición de lesiones por presión.

3.3 Desarrollo temporal del estudio. El ámbito temporal de la revisión bibliográfica se realiza del 1 de Marzo de 2012 al 20 de abril de 2012.

3.4 Ambito de aplicación: esta revisión va dirigida a todos aquellos niveles asistenciales de enfermería que exista un paciente con incontinencia mixta, especialmente al personal de enfermería de atención primaria y hospitalización. También al cuidador informal, para tener un mejor manejo de la situación a la hora de aplicar cuidados y actualizar los conocimientos sobre incontinencia y lesiones por presión.

3.5 Taxonomía utilizada. Se ha utilizado lenguaje estandarizado para la realización del proceso de atención de enfermería (NANDA, NIC y NOC)

4. DESARROLLO

Se procede a realizar un plan de cuidados para el paciente con riesgo padecer lesiones por presión en incontinencia mixta. Las herramientas de evaluación más empleadas para medir el estado de la piel y los factores de riesgo que puedan estar presentes para realizar el estudio descriptivo han sido las escalas de valoración del riesgo a desarrollar úlceras por presión, escala visual del eritema y escala de medida de la presión perineal.(12) (Anexo III)

Los datos están organizados según el modelo de cuidados de Virginia Henderson, identificando las necesidades alteradas y elaborando unos diagnósticos enfermeros con objetivos , intervenciones y actividades para dicha población.

. Diagnostico (NANDA)

47 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c excreciones o secreciones y/o humedad y/o sustancias químicas y/o roce del pañal. (13)

Objetivos (NOC)

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas (14)

Intervenciones (NIC)

— Prevención de las úlceras por presión.

***Actividades:** Gestión de presión. Movilización del paciente siempre que sea clínicamente seguro. Así obtenemos beneficio: prevención de la fricción. Evitar contacto directo con prominencias óseas, Favorecer uso de almohadas. Si está totalmente inmovilizado o largos periodos de

inmovilidad, necesidad de hacer cambios posturales cada 2-3 horas, animar a andar (16) (17).

Respecto al uso de superficies de apoyo: si el riesgo es bajo se utilizan colchones de silicona o viscoelastica, si el riesgo es alto colchones de aire de presión alternante, a tener en cuenta el peso del paciente con la presión de inflado.(18)

— Administración de mediación: tópica.

— Cuidados perineales

***Actividades:** Limpieza y protección. El agua y el jabón elimina los restos orgánicos de la superficie de la piel.. El agua participa en la eliminación de los residuos por arrastre y facilita la disolución de sustancias químicas solubles una vez desprendidas de la piel. Los “limpiadores” especiales para la piel son sustancias que limpian y desodorizan la piel del paciente incontinente sin necesidad de aclarar, al contener surfactantes y desodorantes. Tienen un pH equilibrado para mantener la integridad cutánea. Los ácidos grados hiperoxigenados mejoran la resistencia de la piel ante la fricción, presión y humedad, mejorando al tiempo la circulación capilar de zonas isquémicas, por lo que se constituyen en una importante opción a tener en cuenta cuando se persiguen estos objetivos. Sustancias emolientes e hidratantes : Ambos grupos de materiales, que a menudo se confunden, favorecen la función protectora de la piel ante su exposición a la orina y heces ayudando a sustituir a los aceites naturales. Se usan como una barrera para mejorar la protección de la piel. Los productos barrera son preparados que facilitan la protección de la piel mediante la configuración de un revestimiento impermeabilizante ante el exceso de humedad o la acción irritante de orina y heces. Existen varias categorías: óxido de zinc, cremas de silicona, películas barrera y apósitos adhesivos. El uso de productos absorbentes tiene escasa evidencia sobre prevención de úlceras. Los superabsorbentes de un solo uso es el dispositivo elegido para la prevención de lesiones.(1) (19).

— Vigilancia de la piel

***Actividades:** Respetar horarios de los cambios posturales, mantener ropa de la cama sin arrugas. (20)

— Manejo de la nutrición.

***Actividades:** Control de nutrición e hidratación .Importancia de seguir una dieta equilibrada, que se ajuste a las necesidades de cada persona. Si existe malnutrición (valores bajos de proteínas séricas y albumina) instaurar una dieta hiperproteica o hipercalorica según paciente para evitar la pérdida de masa muscular(21) . Mantener aporte hídrico de 1,5-2L al día

— Cuidados de la incontinencia urinaria.

— Cuidados de la incontinencia intestinal(15)

***Actividades:** Técnicas conductivas: colectores, sondajes vesicales, absorbentes, técnicas conductuales cuidadores-dependientes, técnicas conductuales de educación y/o rehabilitadora: entrenamiento vesical, rehabilitación del suelo pelviano, terapia de retroalimentación, ejercicios con pesas vaginales y reducción vesical.(22)

— Educación y asesoramiento.

***Actividades:** Diseñar, desarrollar programas educativos para pacientes cuidadores y profesionales. Basados en prevención y protocolos de curación, involucrar a pacientes y cuidadores, fomentar la participación, describir el papel que juega cada persona, información sobre prevención y factores de riesgo, actuación en el tratamiento.(20)

Diagnostico (NANDA)

46 Deterioro de la integridad cutánea r/c excreciones o secreciones y/o humedad y/o sustancias químicas y/o roce del pañal m/p enrojecimiento zonas de presión, fricción o cizalla.(13)

Objetivos (NOC)

110321 Disminución del tamaño de la herida(14)

Intervenciones (NIC)

— Cuidados de las úlceras por presión de estadio I.

***Actividades:** Aliviar la presión en la zona afectada. Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados. Uso de medidas locales en el alivio de la presión como apósitos que sean efectivos en el manejo de la presión, que reduzcan la fricción, que permitan la visualización de la zona lesional al menos una vez al día, que no dañen la piel sana y que sean compatibles con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel. (23)

— Prevención de las úlceras por presión.

— Vigilancia de la piel.

— Cuidados de la incontinencia urinaria.

— Cuidados de la incontinencia intestinal.(15)

***Actividades:** mismas que el diagnostico anterior.

5. CONCLUSIÓN

1 . La aplicación de un proceso de atención enfermero es una herramienta básica y útil para valorar las necesidades, diagnosticar y elaborar un plan de cuidados en pacientes con incontinencia mixta expuesto a padecer lesiones por presión.

6. BILIOGRAFIA

1. García Fernández FP; Ibars Moncasi P; Martínez Cuervo F; Perdomo Pérez E; Rodríguez Palma M; Rueda López J; Soldevilla Ágreda, JJ; Verdú Soriano J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006 [Consultado en 4 Abril 2012]
2. Miner PB . Análisis del Impacto Económico y Personal de la Incontinencia Urinaria y Fecal . [Economic and Personal Impact of Fecal and Urinary Incontinence] Gastroenterology 126(Supl. 1):8-13, Ene 2004. [Consultado en 15 Abril 2012]. Disponible en <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/urologweb216.htm>
3. Defloor T, Fletcher J, Lyder C, Verdú Soriano J. European Presion Ulcer Advisory Panel. Nursong Science, Ghent University. Gent, Belgium .2007 [Consultado el 17 abril 2012]. Disponible en <http://www.puclas.ugent.be/puclas/esp/>
4. Zulkowky K, Bozeman MT,perineal dermatitis versus pressure ulcer. Distinguishing characteristics. Adv skin wound care 2008; 21:382-8
5. Rodriguez Palma M. Lesiones por humedad. 6ª escuela de verano del gneaupp . Cuenca. 17-20 junio 2009 [Consultado en 28 Marzo 2012].
6. Expósito Blanco A. Incontinencia Urinaria. Hospital central de asturias. Oviedo, España. Ene 2005 [Consultado el 6 Abril 2012]. Disponible en http://www.lasalud.com/pacientes/incontinencia_urinaria.htm.
7. Fuente: Soldevilla Ágreda J, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos JM. 2o Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006 [Consultado en 5 Abril 2012]; 17(3): 145-72
8. Versión en inglés revisada por: Linda J. Vorvick [Base de datos de internet] M, Washington: Northwest Division of Physician Assistant

StudiesUniversity of Washington, School of Medicine. 2012 [Consultado en 8 abril 2012]. Disponible en : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003142.htm>

9. Girón Jorcano G, coordinadora. Andreu Villanueva P, Cuello Arazo T, Fernandez Mur AC, Laita Zarca MC, Marco Navarro MJ et al. Guía clínica: prevención y tratamiento de las lesiones por presión[Monografía en internet]. 1ª Ed. Zaragoza. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". [acceso 12 de Marzo de 2012] Disponible en <http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/noticia.asp?id=63>

10. Fernandez Mur AC, coordinadora. Andreu Villanueva P, Cuello Arazo T, Girón Jorcano G, Gonzalez Mir MF, Laita Zarca MC et al. Protocolo de prevención LPP. 1ª Ed. Zaragoza, Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa".

11. Fuentelsaz C, Blasco C, Martinez M, Fernandez E et al. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Grupo de Enfermería del Institut Catalá de la Salut. 1ª Ed. Lleida, Mayo 2002 [Consultado 15 Abril 2012]

12. 2o Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006 [Consultado 16 Abril 2012]; 17(3): p 145-72.

13. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2009.

14. Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier; 2004.

15. McCloskey Dochterman, Joanne; Bulechek, Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier; 2005

16. Equipo editorial de Fistera. Incontinencia urinaria: Guia para cuidadores[base de datos de internet].2010[Consultado en 10 Abril 2012].

Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inconUrinaria_guiaCuidadores.as

17. Torra JE, López P, Verdú J, et al.. Cuidado de la piel en pacientes ancianos con incontinencia, exceso de humedad y exceso de sudoración[Monografía en internet]. Sant Joan Despí: Smith & Nephew, 2008 .Disponible en <http://www.prevenicare.org/monografias.html>
18. Garcia Fernandez FP, Pancorbo Hidalgo PL, Lagunas Parras JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Hospital Universitario Princesa de España, Jaen.2001.p 34-37.
19. Luis Rodrigo, María Teresa. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª Ed. Barcelona: Masson; 2008.
20. Aranton Areosa L, Bermejo Marintez M, Salvador Moran MJ,Segovia Gomez T. Úlceras por presión. Prevencion y tratamiento.Guia practica ilustrada.1ª Ed. Barcelona. Ediciones Mayo.2010.
21. Grupo European Pressure Ulcer Advisory Panel. Recomendaciones nutricionales para el tratamiento y prevención de la úlcera por presión[Monografía en internet]. 2004 [Consultado en 25 Marzo 2012]. Disponible en http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/12_pdf.pdf
22. Bergstrom N, Allman R, Alvarez O,Bennet LA,Frantz R,Carlson C et al. Tratamiento de las úlceras por presión. 3ª Ed. Laboratorios Knoll, España. 1997.p 75-79.
23. García Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM, Mármol Felgueras MA, Domínguez Maeso A . Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. [Monografía en internet] [Consultado en 20 abril de 2012]. Disponible en http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_uapp.pdf
24. Fuente: Soldevilla Agreda J, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán Santos JM.

Abordaje del problema de las úlceras por presión integrando la prevención y el tratamiento. Un nuevo enfoque de trabajo. La gestión Clínica Integrada de la Heridas (GCIH)[Monografía en internet].Disponible en: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/13.pdf>

25. Garcia Fernandez FP, Pancorbo Hidalgo PL,Soldevilla Agreda J,BlascoGarcia C. Escalas de valoración de riesgo en desarrollar úlceras por presión .Gerokomos. Vol.19.[base de datos de internet] Madrid. Sept 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000300005&script=sci_arttext

26. Cordon Lera F. Úlceras por presión. Formación continuada Logoss.2ª ed. Jaén. Junio 2007. p 80-89.

7. ANEXOS

Anexo I

Cuadro 1: Zonas de lesión por incontinencia en pacientes con UPP en España.

	Centros socio sanitarios	Atención Primaria	Hospitales
Sacro	31,3%	29,5%	35,8%
Gluteos	6,2%	3,1%	5%
Isquion	3,6%	1,2%	0,5%
Zona genital	0,3%	0,3%	0,4%

(24) Abordaje del problema de las úlceras por presión integrando la prevención y el tratamiento

Anexo II

CUADRO 2: Presencia de incontinencia en pacientes con UPP en España.

	Atención socio sanitaria	Atencion Primaria	Atención Hospitalaria
I.urinaria	10,8%	14,7	13,5%
I.fecal	1,8%	1,9%	13,0%
I.mixta	68,1%	56,5%	53%
No consta	5,7%	4,6%	3,4%

(24) Abordaje del problema de las úlceras por presión integrando la prevención y el tratamiento

Anexo III

ESCALAS:

Asegura la asignación eficiente y efectiva de recursos preventivos limitados.

Sirve de soporte de las decisiones clínicas.

Permite el ajuste de casos, en función del riesgo en estudios epidemiológicos.

Facilita el desarrollo de protocolos de valoración del riesgo(25)

1. Escalas de valoración de riesgo de desarrollar una lesión por presión (Norton, Braden y Waterloo)

Escala de Norton modificada:

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntuación
Bueno	Alerta	Deambula	Completa	No tiene	4
Regular	Apatico	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Pobre	Confuso	Muy limitada	Permanece sentado	Urinaria	2
Muy pobre	Estuporoso	Inmovil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Instrucciones:

-Valorar la condición del paciente puntuado

-Sumar el total de puntos

-Un total de 14 puntos o mas bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas(cuanto mas bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Escala de Braden.

Percepcion Sensorial	<u>1.</u> Limitado completamente	2.Muy limitado	3.Limitado levemente	4.Sin impedimento
Humedad	1.Constantemente Humeda	2.Muy humeda	3.Ocasionalmente humeda	4.raramente humeda
Actividad	1.Confinado a la cama	2.Confinado a la silla	3.Ocasionalmente camina	4.Camina frecuentemente
Movilidad	1.Completamente inmóvil	2.muy limitada	3.Levemente limitada	4.Excelente
Friccion y roce	1.presente	2.potencialmente presente	3.ausente	
Puntuacion	Riesgo alto <12 ptos	Riesgo moderado 13-14 ptos	Riesgo bajo 15-16 MENORES DE 75 AÑOS 15-18 IGUAL O MAYOR A 75 AÑOS	TOTAL

Escala de Waterloo

Relacion peso/talla	0:Media	1:superior a la media	2:Obeso	3:inferior a la media		
Tipo y aspecto de piel	0:sana	1: Fina, seca, edematosa, fría y húmeda.	2: color alterado o lesionada			
Sexo	1: Hombre/14 a 49 años	2:Mujer/50 a 64 años	3: 65 a 74 años	4:75-80 años	5: mas de 81 años.	
Incontinencia	0:completa o sondaje vesical	1:Incontinencia ocasional	2: Sonda vesical/incontinencia fecal	3: doble incontinencia		
Movilidad	0: completa	1:Inquieto	2: apático	3:Restringida	4:Inerte	5:En silla
Apetito	0: normal	1:Escaso/sonda nasogástrica	2: Líquidos IV	3: Anorexia o dieta absoluta.		
Riesgos especiales.	8:Estado terminal o caquexia	5: insuficiencia cardiaca	5:enfermedad vascular	2: anemia	1: fumador	Déficit neurológico. 5: diabetes, ACV o paraplejia. Cirugía. 5: cirugía ortopédica por debajo de la cintura. Medicación. 4: Esteroides, citotóxicos, antiinflamatorios.

Interpretacion:

En riesgo: más de 10 puntos

Alto riesgo: más de 16 puntos

Muy alto riesgo: más de 20 puntos. (26)

2. ESCALA VISUAL DEL ERITEMA

0: No eritema

1: poco eritema (casi imperceptible)

2 : ERITEMA MODERADO (PIEL ROSA)

3 : eritema intenso (piel purpura o roja)

4 : piel rota o abrasión.

3. Escala de medida de la lesión perineal

INTENSIDAD DEL IRRITANTE	DEL	Heces formadas y/o orina	Heces blandas con o sin orina	Heces líquidas con o sin orina
DURACION IRRITANTE	DEL	Precisa cambios de pañal cada 8h o menos	Precisa cambio de pañal al menos cada 4h	Al menos cada 2h
CONDICION DE LA PIEL PERINEAL	LA	Limpia e intacta	Eritema/dermatitis con o sin candidiasis	Piel denudada/erosionada con o sin dermatitis
FACTORES CONTRIBUYENTES		0 o 1 factor contribuyente	2 factores contribuyentes	3 factores o mas